

IMPRESA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA
COIMBRA UNIVERSITY PRESS

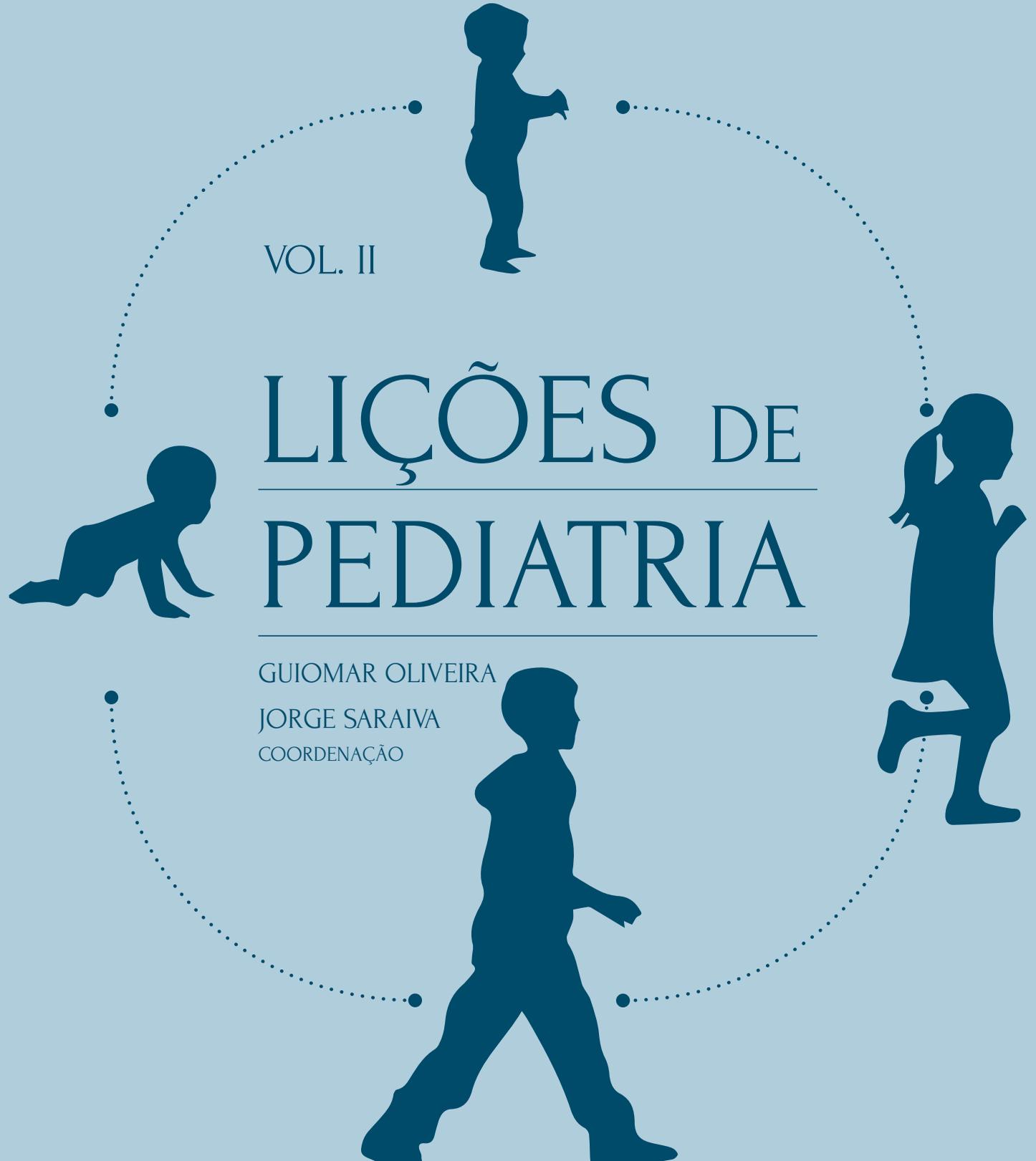
VOL. II

LIÇÕES DE PEDIATRIA

GUIOMAR OLIVEIRA

JORGE SARAIVA

COORDENAÇÃO



Capítulo 25.
Causas cirúrgicas de dor abdominal

25

Maria Francelina Lopes

DOI: https://doi.org/10.14195/978-989-26-1300-0_25

25.1 CONTEXTO

Na urgência de cirurgia pediátrica as causas mais frequentes de dor abdominal aguda por faixa etária são: a hérnia inguinal encarcerada e a invaginação intestinal no lactente, e a apendicite aguda em criança em idade escolar, incluindo a adolescência.

25.2 DESCRIÇÃO DO TEMA

25.2.1 Apendicite na criança

A apendicite aguda - inflamação aguda do apêndice ileo-cecal com infiltrado neutrofilico da camada muscular - é a causa mais comum de abdómen agudo cirúrgico em crianças de idade escolar e adolescentes; o pico da incidência situa-se entre os 10 e os 12 anos e há aumento da taxa de perfuração nas crianças mais pequenas. A taxa de mortalidade é de 0,25%.

A história clássica inclui início com dor periumbilical difusa acompanhada por anorexia, náuseas e vômitos seguida por localização da dor ao quadrante inferior direito do abdómen após cerca de seis horas de evolução e febre moderada.

No exame físico pode haver taquicardia, temperatura corporal ligeiramente elevada - 37,2 a 37,5°C na apendicite aguda não perfurada, ou febre (38 a 39°C) na apendicite em vias de perfuração ou perfurada. Pode haver agravamento da dor quando se pede à criança para saltar, o que significa irritação peritoneal.

A manobra de *Rovsing* (hipersensibilidade à palpação no quadrante inferior direito do

abdómen despertada pela pressão no quadrante inferior esquerdo) e o sinal de *Blumberg / McBurney* (hipersensibilidade à palpação no quadrante inferior direito do abdómen com intensificação da dor à descompressão) podem ser positivos. O risco de perfuração ocorre com a duração dos sintomas por mais de 36 a 48 horas e é suspeitada se existir febre alta (38,5°C), se for palpada massa abdominal ou retal e se existirem sinais de peritonite localizada ou difusa.

Deve-se fazer o diagnóstico diferencial com: adenite mesentérica, GEA, patologia anexial no sexo feminino (quisto do ovário /torção, gravidez ectópica) e infeção urinária.

Exames complementares de diagnóstico: ecografia abdominal e pélvica. Eventualmente poderão realizar-se hemograma (pode existir ou não leucocitose com neutrofilia) e proteína C reativa (pode estar elevada). A tomografia axial computadorizada realiza-se excecionalmente.

Preparação para a cirurgia: administrar fluidos endovenosos e antibioterapia endovenosa logo que estabelecido o diagnóstico e o consentimento informado.

Principais riscos: complicações infecciosas e lesão iatrogénica de órgãos adjacentes.

O tratamento é cirúrgico: a apendicectomia pode ser efetuada por laparotomia ou por laparoscopia. A apendicectomia poderá ser diferida em seis a 12 semanas se existir estabilidade hemodinâmica em apendicite perfurada com massa abdominal palpável de longo tempo de duração (aproximadamente uma semana); neste caso opta-se pelo tratamento conservador (antibioterapia endovenosa).

Evolução pós-operatória na apendicite aguda não perfurada:

- Duração habitual de internamento: um a três dias.
- Uma toma de antibiótico endovenoso (até três).
- Risco de infeção de ferida cirúrgica ou de abscesso abdominal pélvico: 1 a 2%.
- Regresso à escola / atividade escolar: uma a duas semanas depois.

Evolução pós-operatória na apendicite aguda perfurada:

- Duração habitual de internamento: cinco dias a uma semana.
- Duração da antibioterapia: sete a dez dias.
- Recuperação mais prolongada: duas a quatro semanas.
- Maior risco de complicações infecciosas: abscesso de parede, intra-abdominal ou pélvico em 10 a 20% dos casos.
- *Ileus* prolongado.
- Obstrução intestinal.
- Obstrução das trompas.

Não esquecer

A apendicite aguda pode surgir em qualquer idade mas é mais frequente entre os dez e os doze anos.

As idades mais precoces têm risco acrescido de perfuração apendicular e de aumento de complicações abdominais pós-operatórias.

A dor abdominal persistente com mais de seis horas de evolução, especialmente se associada a outros sinais ou sintomas sugere apendicite aguda.

A clínica pode bastar para o diagnóstico de apendicite aguda, mas a ecografia abdominal e pélvica é um precioso auxiliar nos grupos etários pediátricos.

O risco de perfuração apendicular aumenta com a duração dos sintomas superior a 36-48 horas.

O tratamento primário da apendicite aguda é cirúrgico.

A perfuração apendicular aumenta muito o risco de complicações pós-operatórias.

25.2.2 Invaginação intestinal

A invaginação intestinal é uma situação em que uma ansa intestinal proximal se introduz dentro de outra mais distal. É a causa de obstrução intestinal mais frequente no segundo semestre de vida. Nesta faixa etária em 90% dos casos é ileo-cólica, sendo na maioria idiopática. Sessenta por cento dos doentes têm menos de um ano de idade, com 40% dos casos ocorrendo entre os quatro e os dez meses de idade.

O quadro clínico típico caracteriza-se por períodos de irritabilidade súbita com choro intenso e vômito, alternando com períodos de acalmia e prostração. Dejeções gelatinosas vermelho-escuras (aparentando geleia de framboesa) são um sinal tardio, significando isquemia intestinal e inflamação mucosa. Ao exame físico, em 85% dos casos palpa-se tumoração no quadrante superior direito, com fossa ilíaca direita vazia. Para diagnóstico e tratamento a ecografia abdominal é o exame de escolha. Na ausência de peritonite o tratamento faz-se por redução hidrostática ecoguiada. Nas contraindicações (peritonite, perfuração intestinal) e no insucesso da redução hidrostática ecoguiada está indicada a intervenção cirúrgica que consistirá na redução manual da invaginação e eventual ressecção intestinal em caso de necrose. A recidiva da invaginação

ocorre em cerca de 5 a 10% de casos, sendo habitualmente ileo-ileal e surgindo nas primeiras duas semanas de pós-operatório, havendo necessidade de reintervir cirurgicamente em 75% destes casos.

Não esquecer

Um lactente no segundo semestre de vida que inicia subitamente choro intenso (grita), flete as pernas sobre o abdômen e vomita ficando, de seguida, quieto, e eventualmente apático, pálido e sonolento evoca o diagnóstico de invaginação intestinal e requer investigação imagiológica (ecografia abdominal) adicional com vista ao diagnóstico e tratamento.

25.2.3 Volvo do intestino médio em malrotação intestinal

O volvo do intestino médio é aqui apresentado principalmente pela extrema gravidade envolvente.

Ocorre em 90% dos casos no primeiro ano de vida, mas é especialmente frequente no primeiro mês. Afeta os lactentes com anomalias de rotação/ fixação intestinal. Na história clínica e exame físico realçam-se o início súbito de manifestações de dor abdominal, os vômitos, o mau estado geral e o silêncio abdominal. Dejeção com sangue é já um sinal tardio. A imagiologia (radiografia simples do abdômen de pé e eventualmente o estudo contrastado gastrointestinal, assim como a ecografia) pode sugerir o diagnóstico. Requer tratamento cirúrgico de emergência. O tratamento consiste na laparotomia exploradora, desrotação do volvo e operação de Ladd.

A consequência mais temível é a necrose extensa do intestino e suas sequelas: mortalidade elevada ou a síndrome de intestino curto com todas as suas implicações, incluindo a eventual necessidade de transplante intestinal.

Não esquecer

Pequeno lactente com início súbito de dor abdominal e vômitos, a maioria das vezes biliares, e com rápida progressão para mau estado geral e silêncio abdominal levanta a suspeita deste diagnóstico. De prognóstico reservado, é uma das maiores emergências em cirurgia pediátrica.

25.2.4 Hérnia inguinal encarcerada

Na hérnia inguinal encarcerada há aprisionamento no canal peritoneo-vaginal de uma víscera ou órgão peritoneal. Esta patologia é a causa mais frequente de obstrução intestinal no primeiro semestre de vida da criança. Setenta por cento dos encarceramentos ocorre em crianças com menos de um ano de idade. O quadro clínico típico inclui irritabilidade, dor abdominal tipo cólica e vômito. No exame físico palpa-se tumefação dolorosa tensa, globosa e lisa na região inguinal ou inguino-escretal. Dependendo da duração dos sintomas, pode ocorrer distensão abdominal. A redução da hérnia encarcerada, sob sedação, pode ser o único tratamento específico necessário no serviço de urgência. Em caso de insucesso o tratamento é cirúrgico, procedendo-se à inguinotomia sob anestesia geral, redução do conteúdo herniado e herniotomia/herniorrafia. Eventualmente, em caso de necrose de ansa, será necessário proceder a ressecção intestinal pela mesma via (inguinotomia) ou por laparotomia.

Não esquecer

No exame físico no pequeno lactente com sinais de dor tipo cólica e ou vômitos nunca esquecer a observação e palpação das regiões inguinais.